

# CABINET DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE

Docteurs V. BLIN – J.Y. COLLET – F. GOUAILLIER-VULCAIN et B. SEVRAY

Hôpital Privé Océane - 11 Rue du Docteur Joseph AUDIC – BP 50020 – 56001 VANNES CEDEX

Consultations sur rendez-vous : 02.97.62.56.36 - Télécopie : 02.97.62.56.96- [www.vannes-vasculaire.fr](http://www.vannes-vasculaire.fr)

Tél standard de l'Hôpital Privé Océane : 02 97 62 56 56

Madame, Monsieur,

Les examens ont permis de mettre en évidence chez vous un anévrisme de l'aorte abdominale, c'est-à-dire une dilatation de l'aorte qui nécessite une intervention chirurgicale.

Afin de prendre une décision en bonne connaissance de cause, vous devez être informé(e) des risques encourus, soit sans intervention, soit bien sûr avec intervention, et des suites normalement prévisibles de l'intervention. Le chirurgien et le médecin anesthésiste que vous rencontrerez en consultation pré-opératoire vous expliqueront le déroulement de l'intervention, de ses risques. Cette fiche est destinée à vous aider à comprendre et à préparer l'intervention.

## I – Qu'est qu'un anévrisme ?

L'anévrisme est une dilatation, elle-même résultat d'une maladie dégénérative de la paroi de l'artère. Ainsi, va-t-on observer une augmentation progressive du diamètre et une augmentation de la fragilité de la paroi. C'est une affection qui survient essentiellement à partir de la soixantaine. On considérait classiquement que ces anévrismes étaient essentiellement la traduction du développement de l'athérosclérose (dépôts dans les artères qui, normalement, ont plutôt tendance à obstruer l'artère). Si cette maladie est donc en rapport en partie indiscutablement avec des facteurs de risque classiques cardio-vasculaires (tabac, hypertension, cholestérol, diabète...), des données récentes témoignent du rôle vraisemblable de facteurs génétiques qui accéléreraient l'évolution de la maladie.

## II – Comment diagnostique-t-on un anévrisme de l'aorte abdominale ?

L'anévrisme est le plus souvent asymptomatique aussi le diagnostic est-il fait :

- soit de façon tout à fait fortuite au cours d'un examen pour un autre problème (échographie, scanner, radiographies, etc...),
- soit à l'occasion du bilan d'une artérite des membres inférieurs ou d'un bilan cardiaque,
- soit enfin à l'occasion d'une complication aiguë (embolie ou **rupture**).

## III – Existe-t-il un traitement médical ? Quelle est son efficacité ?

La place du traitement médical est malheureusement limitée. La correction des facteurs de risques cardio-vasculaires est indispensable (arrêt du tabac, règles hygiéno-diététiques, contrôle de la tension, du diabète), d'autres traitements ont pu être proposés afin de ralentir l'évolution des anévrismes. L'efficacité de ces traitements n'a pas encore été démontrée.

#### IV – Quelle est l'évolution naturelle des anévrismes ?

Le taux moyen de croissance des anévrismes est estimé à environ 10 % par an ; toutefois, il s'agit d'une valeur moyenne. Chez certains patients, l'évolutivité peut être plus rapide, chez d'autres, plus lente. Un suivi, au moins échographique, est donc toujours souhaitable.

Pour une dilatation régulière et uniforme de l'aorte (anévrisme fusiforme), on estime que le traitement chirurgical est justifié pour des anévrismes dont le diamètre est supérieur à 5 cm. A ce stade, hors risques particuliers que l'on s'évertue à détecter en pré-opératoire, cela revient à dire qu'au-delà de 5 cm, le risque spontané de complication, notamment de rupture, devient supérieur au risque chirurgical qui, en lui-même, n'est pas nul.

#### V – Quelles sont les modalités de l'intervention chirurgicale ?

Actuellement, il existe essentiellement deux types de modalités de prise en charge chirurgicale d'un anévrisme de l'aorte abdominale

❑ **V – 1 : Préalablement**, un bilan complet sera effectué :

- bilan de l'anévrisme par la réalisation notamment d'un scanner et d'une artériographie mais aussi
- bilan général avec estimation des fonctions notamment cardiaques et respiratoires.

Le but de l'intervention pratiquée sous anesthésie générale consiste à exclure la poche anévrismale de la circulation sanguine pour prévenir le risque évolutif de croissance et de rupture.

❑ **V – 2 : La technique chirurgicale conventionnelle classique ou mise à plat-greffe** date des années 60. Elle comporte l'ouverture de l'abdomen, l'arrêt de la circulation dans l'anévrisme, l'ouverture de l'anévrisme et l'implantation d'une prothèse (tube ou prothèse bifurquée en Polyester) à la place de la zone anévrismale. C'est une intervention lourde qui nécessite une bonne préparation, un bon état général et l'absence de pathologie grave notamment cardiaque. La durée d'hospitalisation varie de huit à quinze jours dont 24 à 72 heures ou plus de séjour en unité de Soins Intensifs.

Les modalités chirurgicales sont actuellement bien codifiées, il s'agit d'une intervention fiable dont les résultats au long terme sont bien connus.

❑ **V – 3 : Le traitement endo-vasculaire**, plus récent, consiste à introduire, à la racine de la cuisse par les artères fémorales, une prothèse comprimée qui va être déployée sous contrôle radiologique dans l'aorte abdominale pour couvrir la totalité de l'anévrisme. L'intervention est moins lourde, la durée de l'hospitalisation est beaucoup plus courte, de l'ordre de six jours.

#### VI – Quels sont les accidents et incidents possibles au cours de l'intervention.

Malgré tout le soin apporté en pré-opératoire à la décision, il peut toujours survenir des complications en cours d'intervention. Il peut s'agir :

- de plaies des vaisseaux de voisinage (veine cave, veines iliaques), responsables d'hémorragies importantes pouvant nécessiter une transfusion de produits sanguins,
- en cas d'endo-prothèse, **la conversion chirurgicale** (recours à la chirurgie classique en cours d'intervention) est nécessaire soit en cas d'impossibilité de déployer l'endo-prothèse, soit en cas de rupture artérielle. Cette conversion devient de plus en plus rare avec l'amélioration du matériel et le respect d'indications strictes,
- les accidents d'anesthésie sont exceptionnels, le médecin anesthésiste que vous verrez vous informera de façon spécifique au cours de la consultation pré-opératoire.

## VII – Quelles sont les complications pouvant survenir après l'intervention ?

Quelle que soit la modalité opératoire, différentes complications peuvent survenir.

- ❑ **VII – 1 : l'hémorragie** : elle peut toujours survenir, généralement dans les 48 premières heures, nécessitant une réintervention chirurgicale rapide et peut donc rendre indispensable une transfusion.
- ❑ **VII – 2 : ischémie et embolies artérielles** sont la conséquence de l'obstruction du pontage ou de la mobilisation de caillots situés dans la poche anévrismale qui partent dans la circulation. Elles peuvent nécessiter une réintervention rapide et peuvent même, dans des cas extrêmes mais heureusement rares, aboutir à une amputation de tout ou partie des membres inférieurs.
- ❑ **VII – 3 : l'insuffisance rénale aiguë** est le plus souvent la conséquence de complications diverses et multiples (hémorragies, ischémie), survenant sur des reins quelques fois déjà altérés par la maladie ou l'hypertension ou le diabète et peut nécessiter le recours, le plus souvent provisoire, à l'hémodialyse (rein artificiel).
- ❑ **VII – 4 : l'insuffisance respiratoire aiguë** et souvent la décompensation d'une atteinte respiratoire antérieure que l'on explore toujours préalablement. La survenue d'une complication infectieuse (pneumopathie, surinfection bronchique) l'aggrave et la provoque. Elle peut justifier la prolongation du séjour en réanimation avec une ventilation assistée.
- ❑ **VII – 5 : l'infarctus intestinal** est un infarctus d'une partie (en général terminale) du gros intestin. Ce risque est habituellement pris en compte dans la tactique chirurgicale pré-opératoire.
- ❑ **VII – 6 : les complications cardiaques** sont diverses, dominées par le risque d'infarctus du myocarde. Ces complications justifient la réalisation du bilan pré-opératoire qui vous a été proposé. En cas d'atteinte coronaire préalablement détectée, une correction (angioplastie ou pontage coronarien) devra être faite avant la chirurgie aortique.
- ❑ **VII – 7 : phlébites et embolies pulmonaires** sont rares, prévenues par la prescription systématique d'un traitement anticoagulant.
- ❑ **VII – 8 : la mortalité** globale ainsi varie de 3 à 7 % pour la chirurgie classique dans les publications internationales. Les précautions pré-opératoires, le respect d'indications strictes tendent à diminuer ce taux.

## VIII – Quels sont les résultats à distance ?

### ❑ VIII – 1 : les résultats de la chirurgie classiques sont bons.

- des problèmes de fragilité de la paroi abdominale (éventration) peuvent se rencontrer,
- des troubles sexuels peuvent être observés en post-opératoire,
- toutes les complications rencontrées en chirurgie vasculaire sur les prothèses peuvent aussi se voir et justifient d'une surveillance régulière de tous les opérés, classiquement par échographie, par exemple tous les six mois les deux premières années et une fois par an ensuite.

❑ **VIII – 2 : en matière d'endo-prothèses**, dans l'état actuel des connaissances, en raison de l'incertitude sur le devenir à long terme de ces procédés, un suivi régulier tous les trois mois au début, puis tous les six mois, est impératif. Ce suivi est essentiellement scanographique, nécessitant donc des scanners répétés. Le risque essentiel dans ce type de chirurgie est représenté par la persistance ou l'apparition de fuites (5 à 40 % selon les publications) en rapport, rarement avec une mauvaise étanchéité de la prothèse, mais plus souvent avec la persistance de la perméabilité de l'artère qui continue à alimenter l'anévrisme (artères lombaires, mésentériques). Ces fuites doivent être dépistées et traitées car elles peuvent contribuer à la continuité de l'évolutivité de l'anévrisme avec un risque potentiel de rupture.

Pour toute interrogation ou toute question que vous vous posez, n'hésitez pas à consulter votre chirurgien qui reste votre disposition pour expliciter tel ou tel point que vous souhaiteriez voir développer.

Au cours de l'entretien que j'ai eu avec le Docteur ..... je reconnais avoir reçu des informations claires et détaillées sur la nature et le déroulement de l'intervention chirurgicale programmée. J'ai été prévenu(e) des risques particuliers, des complications possibles de cette intervention.

NOM :

PRENOM :

Date

Signature :